Aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité zu Berlin
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand)

Ueber den Sinus pericranii

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin.

Von

Martin Schulz
Volontärarzt am Krankenhaus Friedrichshain zu Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 2. August 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7. Mittelstraße 29.

67

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. **Rubner**

Referenten: Prof. Dr. **Köhler**.

Prof. Dr. **Hildebrand**.

Der Name „Sinus pericranii“ wurde 1850 von Stromeyer in einer Arbeit „Ueber den Sinus pericranii“ zum ersten Male in die Literatur eingeführt. Er verstand darunter solche zirkulierendes Blut enthaltende Hohlräume, die unter den Weichteilen des Schädels und über dem Schädelknochen ihren Sitz haben und durch Knochenkanäle mit den Sinus der Dura mater in Verbindung stehen. Die Art der Entstehung dachte sich Stromeyer folgendermaßen: Durch Einwirkung eines Trauma kommt es zur Verschiebung und Ablösung des Periostes. Infolgedessen werden die durch die Emissaria hindurchtreteden Venen abgerissen. Das Blut ergießt sich nun unter die Weichteile des Schädels und zirkuliert hier, da es in dauernder Verbindung mit den Sinus der Dura steht und von ihnen gespeist wird. Allmählich bildet sich auch eine bindegewebige Kapsel, so daß der mit Blut gefüllte Hohlraum eine eigene Wandung erhält.

Diese Art der Entstehung ist durchaus möglich; sie ist aber nicht die einzige. Die beste Einteilung dieser Geschwulstart gibt Heinecke in der „Deutschen Chirurgie“. Er unterscheidet:

1. Varix simplex communicans (eine sackförmige Venengeschwulst, die mit einem der Sinus der Dura kommuniziert.
2. Varix racemosus communicans (eine aus erweiterten und geschlängelten Venen eines Bezirkes bestehende Geschwulst, die mit einem Sinus in Verbindung steht.
3. Varix herniosus sinus longitudinalis superior (eine hernienartige Ausstülpung eines Sinus durch abnorme Knochenlücken der Schädeldecke).
4. Varix spurius communicans (eine Blutgeschwulst durch Trauma entweder nach dem Modus von Stromeyer entstanden oder dadurch, daß die einwirkende Gewalt so stark war, daß eine Fraktur entstand und Knochensplitter den Sinus aufrissen).

M. Litthauer fügt noch eine 5. Gruppe hinzu, das Angioma communicans. Es ist ein echtes Angiom, bestehend aus einem feinen Maschenwerk mit zahlreichen Septen, an denen sich z. T. Epithelbelag findet.

Für alle 5 Gruppen lassen sich aus der Literatur Fälle anführen, die z. T. durch die Operation oder Sektion erwiesen sind. — Symptome eines Sinus pericranii: deutliches Hervortreten der Geschwulst bei allen Momenten, die einen Rückfluß des Venenblutes aus dem Kopfe behindern, z. B. Bücken, Husten, Pressen, Kompression der Vv. jugul., tiefe Inspiration und forzierte Exspiration. Druck auf die Geschwulst bringt sie danach bald zum Schwinden. Bei aufrechter Körperhaltung ist die Geschwulst nicht so deutlich. Die Form der Geschwulst ist meist rund, die Größe meist bis zu einer Walnuß. Vereinzelt finden sich Phlebolithen vor. Die bedeckende Haut ist meist normal, zuweilen aber verdünnt, so daß der Inhalt bläulich-rot durchscheint. Der Haarwuchs über der Geschwulst ist ebenfalls

meist normal. Die Geschwulst hat weiche Konsistenz und zeigt deutliche Fluktuation. Pulsation fand sich auch in einigen Fällen und dann zeigte die Geschwulst auskultatorisch wahrnehmbare Geräusche und zwar synchron mit der Herzpulsation. Kompression der Carotiden hat im allgemeinen keinen Einfluß auf den Füllungszustand der Geschwulst; auch zirkulärer Druck um die Geschwulst herum nicht. — Die Beschwerden, die durch die Geschwulst verursacht werden, sind meist gering und bestehen in Kopfschmerzen bei lang dauernder Füllung der Geschwulst durch Neigen des Kopfes bei der Arbeit. Hirnsymptome sind selten. —

Sitz der Geschwulst ist meist die Stirn, median oder seitlich, nicht ganz so oft die Scheitelbeine in der Pfeilnaht oder seitlich und das Hinterhaupt, selten an der kleinen Fontanelle und am Proc. mastoideus. Wachstum oder Verkleinerung im Laufe der Jahre wurden nur selten beobachtet. — Differentialdiagnostisch kommen in Frage Meningocele, Encephalocele, Aneurismen und Cephalhaematome der Neugeborenen. — Die Prognose ist quoad vitam durch unsere moderne Chirurgie gut zu stellen im Gegensatz zu früher. Therapie: Für die alten Chirurgen war der Sinus pericranii ein „noli me tangere", da fast alle Patienten durch die Operation zu Grunde gingen (Verbluten oder eitrige Meningitis). Heute gelingt es, mit Hilfe plastischer Operationen den Knochendefekt mit einem Periostknochenlappen zu decken und so eine Heilung herbeiführen.

Lebenslauf

Ich, Friedrich Wilhelm Martin Schulz, wurde am 10. Mai 1895 zu Berlin als Sohn des Lehrers Carl Schulz und seiner Ehefrau Elise geb. Determann geboren. Zuerst besuchte ich die 69. Gemeindeschule. Michaelis 1904 kam ich auf das Königstädt. Gymnasium zu Berlin und bestand Ostern 1914 an derselben Anstalt das Abiturium. Ostern 1914 begann ich an der hiesigen Universität Medizin zu studieren. August 1914 trat ich als Kriegsfreiwilliger beim Kaiser Alexander Garde-Grenadier-Reg. Nr. 1 ein. Am 2. Mai 1915 wurde ich beim Sturm in der Durchbruchsschlacht Tarnow-Gorlice an beiden Augen, im Gesicht und am rechten Oberarm verwundet. Infolgedessen wurde ich aus dem Heeresdienste 1916 als D. U. entlassen, nahm mein Studium wieder auf und bestand im Januar 1918 die ärztliche Vorprüfung. Nachdem ich im April 1918 wieder als D. A. V. San. D. zum Inf.-Reg. 12 eingezogen worden war, wurde ich Ende Juli auf Reklamation der Chirurgischen Klinik der Charité hin entlassen, war hier als Unterarztstellvertreter tätig und bestand am 29. Juli 1920 mein Staatsexamen. Seit 1. September 1920 bin ich auf der zweiten inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses am Friedrichshain bei Herrn Professor Magnus-Levy als Medizinalpraktikant tätig. Mit dem 1. August 1921 werde ich dort als Volontärarzt angestellt.